Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec

Chaudière-Appalaches

RAPPORT RÉGIONAL SUR LES VISITES DES CHSGS AU REGARD DU *C. DIFFICILE*

RÉGION CHAUDIÈRE-APPALACHES

DSP CHAUDIÈRE-APPALACHES

DÉCEMBRE 2004

RAPPORT RÉGIONAL SUR LES VISITES DES CHSGS AU REGARD DU C. *DIFFICILE*

RÉGION CHAUDIÈRE-APPALACHES

Québec

106-01701/

Équipe responsable des visites dans les quatre CSSS ou CHSGS de la région Chaudière-Appalaches :

- Hélène Bachand, infirmière en prévention des infections du CSSS de Beauce (CHBE)
- Pierre Carrier, médecin, directeur des affaires médicales et hospitalières de l'Agence sss Chaudière-Appalaches
- Martin Cloutier, coordonnateur des services techniques du CSSS de Montmagny-l'Islet (HDM)
- Julie Fortin, infirmière et professionnelle de l'équipe régionale en maladies infectieuses de la Direction de santé publique de l'Agence sss Chaudière-Appalaches
- Diane Morin, médecin, coordonnatrice en maladies infectieuses de la Direction de santé publique de l'Agence sss Chaudière-Appalaches
- André Vincent, médecin microbiologiste-Infectiologue de l'HDL
- Jean Scherrer, responsable de l'entretien ménager du CSSS de Montmagny-l'Islet (HDM)

Rédaction :

- Diane Morin, médecin, coordonnatrice régionale de l'équipe en maladies infectieuses de la DSP
- Julie Fortin, infirmière et professionnelle de l'équipe régionale en maladies infectieuses de la DSP

Collaboration :

Michel Giguère, médecin conseil, équipe régionale en maladies infectieuses de la DSP

© Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004

Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source. Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

Document déposé à Santécom (http://www.santecom .qc.ca/) : # 12-2004-021

ISBN 2-89548-204-7

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Canada, 2004
Bibliothèque nationale du Québec

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

TABLE DES MATIÈRES

1. CONTEXTE **1**

2. ASPECTS ADMINISTRATIFS **3**

3. VOLET CLINIQUE **5**
3.1 Surveillance 5
3.2 Diagnostic de laboratoire 6
3.3 Mesures de prévention et contrôle 7
3.4 Procédures de transfert de patients inter-établissements 8
3.5 Ressources humaines en prévention des infections 9
3.6 Formation 10
3.7 Politique d'utilisation des antibiotiques 11

4. IMMOBILISATION, ENTRETIEN SANITAIRE **13**
4.1 Immobilisations, constatations 13
4.2 Recommandations spécifiques concernant l'aménagement des locaux 13
4.3 Entretien sanitaire, constatations 14
4.4 Recommandations spécifiques concernant l'entretien sanitaire 15

5. COMMUNICATIONS **17**

6. RECOMMANDATIONS/CONCLUSION **19**

ANNEXE 1 ..... **23**
Définition de la concertation 23
Définition de la coordination 23

ANNEXE 2 ..... **25**
Recommandations de l'équipe de suivi concernant le maintien d'actif, l'amélioration et le développement des installations 25

ANNEXE 3 ..... **29**
État de situation concernant la réalisation des chambres à pression négative prévues dans les établissements de soins de courte durée de la région Chaudière-Appalaches 29

ANNEXE 4 ..... **31**
Liste des personnes rencontrées lors des visites dans les établissements 31

1. CONTEXTE

Suite à la situation de l'éclosion de *C. difficile* dans certains établissements de soins au Québec, le MSSS a demandé à ce que chaque Agence régionale constitue une équipe de suivi principalement responsable de :

- mener des visites dans les établissements de soins généraux et de rencontrer les partenaires concernés ;
- décrire la situation de ces établissements en lien avec l'application des recommandations du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) ;
- produire des recommandations sur les améliorations pertinentes en vue de la prévention d'une telle situation d'éclosion dans la région.

Le comité de suivi a été mis en place au mois de novembre 2004 et les visites dans les quatre centres de soins visés de la région, ont eu lieu au début du mois de décembre 2004. La liste des personnes rencontrées dans les établissements se retrouve en annexe 4.

Les constatations et recommandations du présent rapport ont fait l'objet d'un consensus de la part du comité de suivi pour le *C. difficile* et a été déposé au directeur de santé publique et à l'Agence.

De façon générale, les visites ont semblé appréciées des personnes rencontrées dans les établissements et les échanges ont été riches et productifs. Les représentants rencontrés ont manifesté beaucoup d'intérêt à la prévention et au contrôle des infections nosocomiales et à l'application des mesures au regard du *Clostridium difficile*.

2. ASPECTS ADMINISTRATIFS

Constatations

Les quatre centres ont confié à un gestionnaire du comité de direction de l'établissement, la responsabilité de la gestion du dossier des infections nosocomiales. Dans certains cas, cela relève du directeur des services professionnels, dans certains cas ce dossier relève, de façon hiérarchique, du directeur général.

L'ensemble des CA, des quatre centres avec soins de courte durée, ont été informés récemment de la situation concernant le *C. difficile* au niveau provincial de la situation dans l'établissement et aussi des mesures qui ont été mises ou à mettre en place.

Les tableaux de bord, suivis par les CA, ne comprennent pas dans tous les cas l'information sur la situation épidémiologique des infections nosocomiales dans les établissements de la région.

Tous les établissements ont prévu la mise en place d'un comité ou d'une cellule de crise pour la gestion d'une éclosion locale de *C. difficile* prévoyant l'ensemble des intervenants concernés dans le milieu. Il n'y a pas encore dans la région de protocole pour la gestion d'une éclosion de *C. difficile* en établissements de soins de courte durée. Cependant, un protocole est en élaboration et il est prévu que l'établissement le partage avec les autres établissements de la région, dès qu'il sera terminé.

Les quatre établissements ont déposé, lors de la visite, des outils avec la permission de les reproduire pour en faire un recueil qui sera diffusé à quatre responsables de prévention des infections des établissements de la région.

Les établissements ont un comité de prévention des infections actif. Les comptes-rendus ont été regardés. Les principaux sujets des travaux notés sont : SARM, SRAS, ERV et *C. difficile*. Lors des visites, des personnes des établissements ont rapporté avoir des liens efficaces, fonctionnels et satisfaisants avec les microbiologistes-infectiologues desservant la région à partir de l'HDL. La charge de travail de ces spécialistes, pour le support à la définition et à la mise en place de modalités de prévention et de contrôle des infections nosocomiales, a augmenté ces dernières années et les ressources ne sont pas à la hauteur des besoins de l'ensemble des quatre établissements de la région dans ce domaine.

Les professionnels touchant à la prévention des infections participent à des mécanismes de concertation de deux types actuellement. Une Table des infirmières en prévention des infections 03-12 (et autres régions) se réunit depuis plusieurs années et un comité plus restreint a été mis sur pied en 2003 (microbiologistes-infectiologues et infirmières en prévention des infections), afin de produire des outils spécifiques à certaines situations.

La majorité des partenaires consultés ont manifesté de l'intérêt pour la création d'une Table de concertation régionale spécifique à la région 12 sur les infections nosocomiales.

Recommandations spécifiques

Que la responsabilité hiérarchique de la gestion des infections nosocomiales relève directement des DG des établissements et qu'ils soient directement imputables au CA pour ce dossier.

Que le conseil d'administration et les CMDP continuent d'être informés de façon régulière de la situation.

Que le tableau de bord de l'établissement comprenne le suivi de la surveillance des infections nosocomiales.

Que chacun des établissements adopte un protocole de gestion d'une éclosion de *C. difficile* comprenant les modalités de gestion et de contrôle des cas ainsi que les responsabilités des personnes de l'organisation impliquées dans la gestion d'une telle situation.

Que la DSP diffuse aux quatre infirmières responsables de la prévention des infections une copie des outils recueillis lors des visites.

Qu'un rôle régional soit reconnu au CH de l'HDL pour desservir l'ensemble des établissements de soins de courte durée de la région Chaudière-Appalaches et qu'un quatrième poste lui soit autorisé rapidement, tel que prévu au plan d'effectif régional, afin d'augmenter les services dans les autres milieux et localement.

Bien définir avec les partenaires concernés, les mécanismes de concertation et de coordination (voir définition en annexe 1) les mieux adaptés à la situation du dossier des infections nosocomiales dans la région 12, avec une préoccupation à répondre aux besoins des partenaires concernés et de mieux utiliser les ressources régionales.

Considérant qu'il existe déjà des mécanismes de concertation 03-12 dans ce dossier, l'Agence pourrait consulter les personnes du milieu, afin de déterminer les meilleures options pour améliorer notre concertation et conserver la meilleure efficience dans ce dossier.

3. VOLET CLINIQUE

3.1 SURVEILLANCE

Constatations

Les quatre CHSGS de la région participent au processus de surveillance provincial en fournissant l'information demandée à l'INSPQ.

L'INSPQ n'est pas en mesure actuellement de fournir des données régionales de vigie et la DSP souhaiterait pouvoir suivre ce type de données avec les établissements afin de mieux suivre la situation et connaître le niveau de base dans chaque établissement au moment où il n'y a pas d'éclosion particulière dans la région.

Les quatre centres font actuellement une surveillance active des cas de *C. difficile* dans leur milieu, par l'intermédiaire des rapports de laboratoire positifs envoyés aux infirmières en prévention des infections. Tous les cas de diarrhée font l'objet d'une détection du *C. difficile*.

Aucun centre de la région n'est en éclosion actuellement. Les taux de la région sont soit semblables aux taux dans les centres équivalents de l'Amérique du Nord qui ne vivent pas de situation problématique, soit inférieurs.

On note la proximité du Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford avec la région de l'Estrie. Une augmentation des cas de *C difficile* et de leur gravité a été observée dernièrement dans cette région. Il est donc important d'accorder une attention particulière à cette situation étant donné les transferts de clients entre ces centres.

Recommandations spécifiques

Continuer la surveillance active du *C. difficile* et la transmission des données de surveillance au système provincial.

Que la DSP demande officiellement à l'INSPQ de rendre disponibles le plus rapidement possible aux établissements et à la DSP, des données de vigie (surveillance en temps réel) à partir du système provincial de surveillance.

Dans la perspective ou les données de l'INSPQ ne puissent pas être disponibles en temps réel, que les quatre CHSGS de la région fassent parvenir à la DSP, un bilan non nominal des cas de *C. difficile* avec entente préalable sur la façon la plus fonctionnelle et qui demandera le moins de temps-ressource de leur part.

3.2 DIAGNOSTIC DE LABORATOIRE

Constatations

Tous les établissements rencontrés désirent implanter un test pour le diagnostic du *C. difficile* pour tous les patients ayant une histoire de diarrhée.

Les techniques peu coûteuses, pour dépister les personnes infectées par le *C. difficile* dans les établissements, ont le désavantage de créer un délai entre l'admission et le moment du diagnostic. Ces délais apparaissent importants car ils peuvent causer des cas de transmission de l'infection à d'autres personnes avant la mise en isolement. D'un autre côté, la mise en isolement, de toutes les personnes admises et considérées potentiellement à risque avant que les résultats des tests soient connus, est très coûteuse et difficile à réaliser par manque de chambres privées. Les cas soupçonnés de DACD ne peuvent être regroupés en cohortes tant que le diagnostic n'est pas confirmé.

Afin de supporter les mesures de prévention et de contrôle des éclosions, il apparaît important que les laboratoires puissent procéder à des tests rapides et soient le plus possible autonomes afin de diminuer les délais. Le test pour le *C. difficile* se fait actuellement par un examen de recherche de toxines. Il faut de 24 à 72 heures et parfois jusqu'à six jours pour obtenir une réponse.

Il existe actuellement, un test de laboratoire sensible et spécifique qui réduit à 20 minutes le temps d'identification du *C difficile*. Ce test donne un résultat rapide dans 80 % des cas. Dans les 20 % de cas qui restent, il faut confirmer par une autre technique. Ce nouveau test coûte 20 $. Il faudrait en prévoir environ 1800 dans la région par année.

La mise en place dans les laboratoires de méthodes rapides de dépistage aura pour effet :

- d'augmenter l'efficacité des mesures de contrôle de la transmission en milieu de soins et d'éviter des cas ;
- de diminuer les coûts associés aux mesures d'isolement qui sont mises en place dans les unités de soins pendant plusieurs jours et avec plusieurs patients non infectés, dans l'attente des résultats des tests conventionnels (c'est l'avis de la grande majorité des intervenants rencontrés) ;
- d'accroître le coût unitaire des laboratoires et de diminuer leur taux de performance étant donné les coûts de tels tests (ceci toucherait les laboratoires de façon différente, certains seraient plus touchés que d'autres).

Recommandations spécifiques

Que soient financés les quatre établissements de la région, afin d'implanter un test de détection rapide du *C. difficile* considéré et qui pourrait être disponible 7 jrs/7 particulièrement en période d'éclosion.

Que les autorités concernées tiennent compte du coût de cet ajout dans les attentes de performance des laboratoires.

3.3 MESURES DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE

Constatations

Tous les œntres ont mis en place la majorité des mesures recommandées pour la prévention et le contrôle du *C. difficile*. Les établissements ont réalisé une affiche pour mettre, soit à la porte des chambres, soit à la porte des toilettes, où il y a des personnes infectées par le *C. difficile*. Cette affiche permet, par des codes de couleur, d'indiquer les précautions à prendre par le personnel soignant et les médecins, par le personnel de l'entretien ménager et aussi pour les visiteurs. Un établissement a élaboré un protocole qui est sur le point d'être diffusé.

Pour les personnes hospitalisées, l'ensemble des établissements ont un système de dépistage pour détecter les cas et mettre en isolement les cas de *C difficile* dans la mesure où des chambres privées sont disponibles. Si non, ces personnes sont regroupées en cohortes. Si aucune chambre privée n'est disponible, les personnes ayant un diagnostic de *C. difficile* doivent être placées avec des personnes non affectées. Des mesures de précaution sont enseignées aux personnes affectées de diarrhée.

Il est généralement impossible de consacrer du personnel exclusivement dédié, considérant le nombre peu important de cas actuellement. En cas d'éclosion importante, le personnel serait regroupé pour éviter le contact avec les personnes non infectées.

De façon générale, il manque dans les établissements des salles de bains, des lavabos à déclenchement automatique à proximité des lieux de mise en isolement, des chambres privées et du matériel à usage exclusif dans les secteurs dédiés. En effet, pour la totalité des établissements, l'isolement et l'application des mesures de précaution à l'urgence sont parfois difficiles pour les personnes qui se présentent avec diarrhée, en raison de la proximité des civières, du manque de toilettes pour les dédier exclusivement aux personnes affectées et de l'éloignement des lavabos pour le personnel soignant. Dans un Centre, le manque d'espace aux soins intensifs pourrait rendre l'isolement moins efficace des patients porteurs de *C. difficile*.

Tous les établissements ont mis à la disposition du personnel beaucoup d'informations sur les précautions à prendre et les infirmières en prévention des infections effectuent des visites sur les lieux, afin de vérifier les précautions prises et faire un rappel au besoin. Des réunions formelles ou non, entre les infirmières des soins et l'infirmière en

prévention des infections, ont lieu et des moyens de communication en cours tels un journal intra-hospitalier ou des communiqués.

Il est parfois difficile, dans plusieurs milieux, d'impliquer certains groupes de professionnels dont des médecins afin qu'ils appliquent les mesures de précautions.

Recommandations spécifiques

Que soit financé avec l'enveloppe non récurrente, l'achat de matériel dédié afin de le laisser dans les zones de cohortes des patients infectés avec le *C. difficile*.

Que le MSSS prenne connaissance des recommandations spécifiques concernant les immobilisations élaborées par le comité de suivi de notre région en regard de la prévention du *C. difficile*.

Que tous les établissements utilisent une affiche, de façon très visible, à la porte des personnes atteintes permettant au personnel soignant et d'entretien, aux médecins et aux visiteurs, de connaître les précautions à prendre en lien avec le *C. difficile*.

Déterminer des modalités afin de supporter l'implication des médecins à l'application des précautions recommandées en trouvant des éléments facilitateurs.

Que soit rendu disponible aux établissements du financement afin d'acheter des équipements dédiés pour qu'ils soient disponibles dans les unités ou zones d'isolement en exclusivité.

Le matériel dédié devrait être dûment identifié et localisé et toutes les personnes concernées doivent être instruites de l'importance de n'utiliser que ce matériel.

3.4 PROCÉDURES DE TRANSFERT DE PATIENTS INTER-ÉTABLISSEMENTS

Constatations

Tous les établissements de la région ont mis en place des processus de communication (téléphoniques, écrits et par télécopies) pour :

- indiquer aux ambulanciers les mesures à prendre dans le cas de personnes qui présentent une infection nosocomiale transmissible ;
- aviser l'établissement receveur du diagnostic et des mesures à prendre lors de transfert d'une personne avec une infection nosocomiale transmissible ;
- aviser l'établissement receveur d'un résultat de laboratoire qui est positif après la sortie et le transfert de la personne.

Ces processus sont également mis en place pour le *C. difficile* mais n'y sont pas spécifiques. Ils ne sont pas écrits formellement dans la région.

La problématique, des personnes qui retournent en milieu privé et qui refusent que soit divulgué leur état de peur d'être étiqueté ou de ne pas obtenir ou conserver leur place dans une ressource privée, a été rapportée à plusieurs reprises.

Recommandations spécifiques

Que soient formalisés par écrit les processus entendus dans la région et avec les régions avoisinantes visant les modalités de communication et de transfert des personnes atteintes du *C. difficile* ou d'une autre infection nosocomiale transmissible.

Que soit élaboré, entendu et diffusé au niveau provincial, un processus de communication inter-établissements, afin de permettre son application entre tous les établissements du Québec (car les transferts se font régulièrement entre les établissements des différentes régions).

Un groupe de travail provincial pourrait se pencher sur les aspects éthiques, sociaux et légaux concernant la divulgation de l'état de porteur à une ressource privée, dans le but d'éviter la transmission dans le milieu.

3.5 RESSOURCES HUMAINES EN PRÉVENTION DES INFECTIONS

Constatations

La situation actuelle des ressources pour les quatre établissements ayant des soins hospitaliers de courte durée a été évaluée par le comité de suivi. Le bilan est le suivant en date du 7 décembre 2004. Deux établissements n'ont pas encore atteint le ratio attendu.

Dans le cas des lits de soins de longue durée, le ratio est loin d'être atteint, la majorité des établissements n'ayant aucune ressource de ce type pour ce secteur de soins. Il sera important de considérer l'impact de l'ajout dans le même établissement (CSSS) des lits de soins de longue durée sur le travail des infirmières en prévention des infections. Cet ajout potentiel de tâches diluerait ou diminuerait le travail en milieux de soins de courte durée et rendra fragile la conservation des processus et précautions mises en place, au cours des dernières années dans la région. Ce type d'investissement, dans la prévention de la transmission des infections nosocomiales en soins de longue durée avec un ajout de ressources complémentaires, pourrait s'inscrire dans une perspective globale de prévention des infections et pourrait avoir des retombées positives y compris dans les soins de courte durée.

Recommandations spécifiques

Que les deux établissements visés de la région atteignent le ratio de 1 ETP pour 133 lits pour la fin de décembre 2004, tel que demandé expressément par le MSSS.

Que les gestionnaires en charge évaluent de façon périodique, le temps consacré aux autres tâches et ajustent les charges de travail de façon à conserver le nombre d'ETP requis pour l'établissement dans le dossier nosocomial. Il sera important également, de voir au remplacement de la ressource en prévention des infections pendant les vacances et absences, sur la même base que le ratio prévu pour l'établissement.

Que, en accord avec la recommandation du CINQ, ce ratio soit considéré comme une norme minimale qui doit être rehaussée en situation de crise ou d'éclosion et que l'établissement prévoit des mécanismes permettant d'augmenter ce ratio en cas de crise ou d'éclosion importante.

3.6 FORMATION

Constatations

Beaucoup d'informations ont été transmises au personnel des établissements de façon informelle par les infirmières en prévention des infections et lors de leurs visites régulières sur les étages. Elles s'assurent ainsi du respect des pratiques préventives de base et des précautions additionnelles. Les employés de l'entretien ont également été formés sur les mesures additionnelles de désinfection. Notons que tous les établissements ont bénéficié d'une formation donnée par un microbiologiste-infectiologue et visant les médecins.

Cependant, considérant le manque de ressources humaines pour en faire l'élaboration, il n'y a pas eu de formation formelle et structurée concernant la diarrhée associée au *C. difficile* (DACD) dans nos milieux de soins. Ceci est considéré à l'heure actuelle comme un besoin important autant pour les infirmières, les auxiliaires, les médecins et autres intervenants cliniques et le personnel de l'entretien ménager, considérant la priorité mise sur les ajustements dans les précautions. De plus, la libération de toutes les personnes visées de l'établissement pour recevoir une telle formation entraîne des coûts supplémentaires difficiles à absorber.

Recommandations spécifiques

Que chaque établissement offre une formation formelle sur le *C. difficile* pour les médecins, les infirmières, l'ensemble des intervenants cliniques et le personnel de l'entretien ménager.

Que soit financée une formation sur le *C. difficile* et les précautions de contact dans l'ensemble des établissements à laquelle pourra assister la majorité des personnes concernées.

Que soit vérifiée la possibilité qu'une telle formation soit préparée ou partagée au niveau national pour l'ensemble des établissements (exemple : préparation du matériel audio-visuel à un niveau provincial, pour éviter que chaque région ou chaque établissement réalise un tel matériel en même temps).

Que les infirmières en prévention des infections continuent leur enseignement terrain par leur visite journalière et s'assurent de l'application des différentes mesures proposées dans les séances de formation.

3.7 POLITIQUE D'UTILISATION DES ANTIBIOTIQUES

Constatations

La pénurie de pharmaciens touche notre région comme beaucoup d'autres régions au Québec. Deux centres ne réussissent pas à remplacer les pharmaciens absents et sont en pénurie d'effectifs dans ce domaine depuis quelque temps. Ce manque d'effectif risque de nuire à la mise en place des recommandations du CINQ concernant la pharmacovigilance et l'utilisation des antibiotiques.

Concernant l'antibioprophylaxie préopératoire, un établissement sur quatre utilise la prophylaxie à une dose, tel que recommandé par le CINQ et un autre est en processus pour l'application de cette recommandation.

Pour assurer la continuité des activités recommandées de pharmacovigilance, il est prévu de mettre sur pied un comité multidisciplinaire responsable de la surveillance des antibiotiques à l'intérieur de chaque établissement. Un seul établissement sur quatre a déjà un tel comité et un autre établissement vient tout juste d'en mettre un en place. Aucun établissement n'a de programme continu de surveillance de l'utilisation des antibiotiques et un seul établissement a un système informatique en pharmacie qui lui permettrait de le faire.

Les systèmes informatiques en place ne permettent pas dans trois établissements sur quatre de faire une revue d'utilisation des antibiotiques en lien avec une pathologie particulière.

Un établissement sur quatre a fait une revue de littérature sur l'utilisation d'antibiotiques en lien avec le *C. difficile* au cours de la dernière année. Ces informations ont été partagées avec les autres établissements dans le cadre des rencontres de formation avec les médecins auxquelles ont assisté des pharmaciens.

En résumé, l'avancement des travaux suite aux recommandations nationales sur le *C. difficile*, pour les aspects d'utilisation des antibiotiques et d'autres médicaments. est limité à ce chapitre dans la région et sera difficile, en raison des ressources limitées dans les services de pharmacie et des possibilités de recrutement limitées.

Recommandations spécifiques

Que les établissements, dont les plans d'effectifs ne sont pas comblés, poursuivent leur démarche de recrutement de ressources en pharmacie.

Que les établissements concernés revoient leur politique concernant la prise d'une antibioprophylaxie préopératoire.

Que les établissements mettent sur pied et/ou assurent le fonctionnement d'un sous-comité pharmacologique pour voir à l'utilisation optimale des antibiotiques, par des études spécifiques sur l'utilisation de ces derniers, lorsque les ressources le permettent.

Que chaque établissement qui, est en mesure de le faire, mette sur pied un programme continu de surveillance des antibiotiques particulièrement chez les MPOC et les personnes âgées de plus de 65 ans.

Si des travaux ne sont pas effectués au niveau national afin de supporter les établissements du réseau pour la revue des règles d'utilisation des antibiotiques dans le contexte du *C. difficile* et aussi pour la définition et la mise en place d'un programme continu de surveillance des antibiotiques, il est recommandé d'évaluer la pertinence de mettre sur pied un groupe de travail régional ou des modalités régionales de partage d'outils et d'information dans ces domaines.

Qu'une demande soit effectuée officiellement pour que des orientations soient élaborées au niveau national afin de faciliter le travail des établissements dans ce domaine et les outiller.

Amorcer des travaux pour améliorer les systèmes informatiques des établissements de soins afin de permettre les programmes de surveillance de l'antibiothérapie et l'évaluation de l'utilisation des antibiotiques.

4. IMMOBILISATIONS, ENTRETIEN SANITAIRE

4.1 IMMOBILISATIONS, CONSTATATIONS

L'organisation physique des lieux entraîne des difficultés dans l'application correcte des recommandations pour le contrôle du *C. difficile*. Les salles d'urgence, les soins intensifs et les chambres ou secteurs d'isolement ont été visités avec une attention particulière. Nous avons noté, entre autres :

- absence ou manque de salles d'isolement avec chambres de bain dédiées dans plusieurs urgences pour les patients présentant de la diarrhée ou aux soins intensifs pour des patients infectés ;
- absence de lavabos pour l'infirmière qui devrait se laver les mains avant de sortir de la zone d'isolement ;
- trop grande promiscuité des patients dans des urgences fonctionnant à plus de 100 % de leur capacité sur une base régulière ;
- manque de chambres privées ce qui nuit à la mise en isolement des personnes atteintes.

Nous avons profité de la visite pour mettre à jour l'état de réalisation des travaux concernant les chambres à pression négative prévues dans les installations de soins de courte durée de notre région (voir annexe 3).

4.2 RECOMMANDATIONS SPÉCIFIQUES CONCERNANT L'AMÉNAGEMENT DES LOCAUX

Qu'on tienne en compte, dans les PFT en cours et à venir, des critères spécifiques et reconnus nécessaires pour le contrôle des infections nosocomiales dans les établissements de soins.

Que les processus de priorisation et de choix régionaux des projets de construction ou d'amélioration physique tiennent compte, de façon importante, des besoins en lien avec l'amélioration de la capacité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales.

Que, de façon prioritaire, l'Agence tienne compte de la liste des aménagements nécessaires à l'application des modalités de prévention et de contrôle des infections nosocomiales, pour les choix des projets à réaliser dans la région. Cette liste lui sera remise par le comité de suivi (voir annexe 2).

De façon plus globale, l'équipe de suivi recommande aux établissements :

- d'installer des crochets à l'extérieur des chambres ;
- de remplacer la robinetterie dans les chambres susceptibles d'accueillir des cas d'isolement ;
- de rendre disponibles des lingettes nettoyantes désinfectantes jetables au peroxyde d'hydrogène ;
- d'accroître la visibilité des affiches de précaution ;
- de disposer des distributeurs pour dilution de peroxyde d'hydrogène dans les locaux d'entretien ménager sur chaque unité ;
- d'utiliser des chaises d'aisance et/ou de bassines pour combler l'absence de salles de toilette dédiée ;
- de s'assurer d'avoir des robinets à déclenchement automatique pour les lavabos dédiés au personnel (accroître leur nombre progressivement) ;
- de placer le stérigel à l'extérieur des chambres ;
- de s'assurer de localiser les cas d'isolement dans les espaces permettant le meilleur contrôle ;
- de s'efforcer d'identifier des chambres pouvant servir d'isolement afin de mieux les adapter aux mesures de précautions requises.

4.3 ENTRETIEN SANITAIRE, CONSTATATIONS

Deux établissements sur quatre ont développé et utilisent des affichettes de techniques de travail, pour le personnel d'entretien sanitaire correspondant aux affiches de précaution qui sont installées aux portes des clients en isolement. Elles sont placées sur leur chariot de travail ce qui facilite leur accès en tout temps. Un autre établissement a un outil de travail qui correspond au type d'isolement mais comme il est situé au local de l'entretien, il n'est pas disponible en tout temps pour le personnel de l'entretien sanitaire.

En ce qui concerne les chambres pour des cas de *C. difficile*, trois établissements sur quatre s'assurent d'une désinfection quotidienne des surfaces dans les chambres. Les salles de bain sont désinfectées minimalement une fois par jour et au besoin. Un des établissements n'utilise pas d'affiches de précaution pour identifier les cas de DACD, ce qui peut entraîner des erreurs pour l'entretien ménager.

Tous les établissements utilisent une désinfection au chlore, de façon adéquate, pour la désinfection de toutes les surfaces des pièces, en présence de DCAD. Nous avons noté que trois établissements effectuent le nettoyage et la désinfection usuelle et générale avec des ammoniums quaternaires, un établissement utilise du peroxyde d'hydrogène.

4.4 RECOMMANDATIONS SPÉCIFIQUES CONCERNANT L'ENTRETIEN SANITAIRE

L'équipe de suivi recommande, de façon générale :

- de s'assurer que les affiches de précaution soient installées de façon visible ;
- d'évaluer la possibilité de mettre en place ou compléter un plan d'utilisation du peroxyde d'hydrogène, pour le nettoyage de désinfection générale dans les unités restantes, au lieu de l'utilisation d'ammonium quaternaire ;
- de développer un système de communication afin que les employés de l'entretien sanitaire n'aient pas à connaître le diagnostic des clients (les affiches indiquant les précautions devraient suffire) ;
- de modifier l'utilisation des lingettes aux ammoniums quaternaires en les remplaçant par des lingettes au peroxyde d'hydrogène et voir à ce qu'elles soient installées à l'extérieur des chambres ;
- lorsque ce n'est pas encore fait, de développer et d'installer aux portes des clients atteints de DCAD, des affiches indiquant les précautions adaptées au *C. difficile* ;
- de revoir les techniques pour le nettoyage des surfaces dans les cas où toutes les structures de lit ne sont pas désinfectées en entier ;
- de s'assurer qu'il n'y a pas de zones grises, entre le personnel de l'unité et le personnel de l'entretien sanitaire, en ce qui concerne la désinfection des appareils ;
- de mettre en place des mécanismes de communication très étroits, entre le service de l'entretien sanitaire et l'infirmière en prévention des infections, afin d'assurer une efficacité maximale, d'éviter les erreurs et que chaque personne connaisse ses responsabilités spécifiques en ce domaine ;
- de s'assurer de la consignation des activités d'entretien sanitaire dans un registre ;
- de s'assurer de la formation de chacun des membres du personnel d'entretien, sur les mesures d'entretien et de désinfection, en lien avec les précautions indiquées à la porte ;
- de s'assurer d'un contrôle régulier de la qualité ainsi que des techniques de travail utilisées.

5. COMMUNICATIONS

Constations

Pour trois établissements sur quatre, les visiteurs sont informés des mesures à prendre principalement par le biais d'affiches à l'entrée des chambres. Cette façon de rejoindre les visiteurs a l'avantage d'être systématique et a été, jusqu'à maintenant, un mode privilégié pour transmettre l'information sur les mesures de précaution à prendre. Par le biais de ces affiches, deux établissements sur trois indiquent aux visiteurs de se présenter au poste des infirmières pour de l'information additionnelle au besoin. Pour le troisième établissement, on ne fait pas mention aux visiteurs qu'ils peuvent avoir de l'information additionnelle.

Des dépliants sur le *C. difficile* sont à la disposition des visiteurs dans deux de ces centres et dans les deux autres, les dépliants sont en cours d'élaboration.

Les établissements ont le souci d'informer la population. On note qu'au cours de la dernière année, les établissements ont informé la population sur la situation qui prévalait dans leur milieu (télécommunautaire, conférences ou communiqués de presse, entrevues radiophoniques, articles dans journal local) sur le *C. difficile* ou autre infection nosocomiale.

Recommandations spécifiques

Que les établissements informent les visiteurs des précautions à prendre à l'aide d'affiches placées à la porte des chambres des personnes atteintes par le *C. difficile*,

Que tous les établissements précisent sur leurs affiches que les visiteurs doivent se présenter au poste des infirmières pour recevoir de l'information.

Que chaque établissement continue d'informer la population qu'il dessert sur la situation qui prévaut dans leur établissement concernant le *C. difficile*.

Que tous les établissements utilisent les dépliants du ministère pour informer les personnes sur le *C. difficile*.

6. RECOMMANDATIONS/CONCLUSION

Constatations

De façon globale, les établissements de la région ont ajusté leurs interventions pour répondre rapidement aux besoins de prévention et de contrôle spécifique au *C. difficile*. Déjà, ils étaient en action, de façon intensive, pour établir des modalités de prévention concernant le SARM principalement et l'ERV. De plus, une préparation intensive avait eu lieu pour définir et se préparer aux infections respiratoires sévères suite à la survenue du SRAS.

On peut donc conclure que nos établissements de soins hospitaliers sont bien sensibilisés, ont une volonté fortement démontrée de prévenir les infections nosocomiales de la façon la plus adéquate possible. Les limites identifiées jusqu'à maintenant sont de l'ordre des ressources (humaines, matérielles et organisation des lieux) et non de l'ordre de l'implication et de la volonté de prévenir. Les modalités de prévention et de contrôle des infections nosocomiales mises en place dans les établissements de notre région au cours des dernières années pour contrôler le SARM, ont généré des coûts notables.[1]

La mise en place, des éléments recommandés dans le présent rapport, devrait être monitorée au cours des prochaines années et faire partie du tableau de bord de l'Agence régionale, de façon à en assurer le suivi et les ajustements si besoin.

Recommandation globale

Le présent rapport suggère plusieurs mesures à mettre en place dans la région, certaines à financer, d'autres pas. Le comité de suivi recommande que l'Agence établisse des processus de monitorage et effectue le bilan de la réalisation des mesures préconisées dans la région, après un délai convenu avec les établissements, en tenant compte des attentes du MSSS à ce sujet.

[1] Centre hospitalier de la région de l'Amiante, SARM, Analyse des conséquences économiques 2003/2004, Novembre 2003.

Suggestions de nature nationale (ou provinciale)

Plusieurs de nos recommandations dépassent le cadre de notre région. Nous avons donc dressé la liste des suggestions de travaux et support qui serait utile d'obtenir du niveau provincial. En effet, dans le contexte actuel de mise en place de mesures semblables à l'échelle du Québec, il serait fort pertinent de mettre en œuvre des processus de travail au niveau national, pour supporter les travaux régionaux et éviter une duplication inutile de l'investissement des ressources au niveau régional et local.

Considérant l'aménagement et l'équipement des lieux de soins

Définir et intégrer, dans les critères nationaux prioritaires concernant le matériel et l'immobilier, les aspects techniques et fonctionnels nécessaires à la prévention et le contrôle des infections nosocomiales (ex. : lavabos pour le personnel à déclenchement automatique à proximité des salles d'isolement, toilettes privées, chambre d'isolement avec antichambres, chambres privées, etc.).

Considérant la formation en établissement

Évaluer la possibilité de monter des outils audiovisuels de formation au niveau national visant les différents intervenants en milieux de soins et les rendre disponibles aux milieux, afin de permettre une meilleure utilisation des ressources locales à donner la formation plutôt qu'à préparer une telle formation de façon dupliquée.

Considérant les aspects pharmacologiques

Voir à ce que des travaux nationaux soient effectués rapidement concernant la revue d'utilisation des antibiotiques en lien avec le *C. difficile* et proposer des outils pour des programmes de pharmacovigilance, afin de supporter les milieux de soins dans un contexte où le réseau vit une pénurie de pharmaciens et pour éviter, que les mêmes types de travaux s'effectuent dans plusieurs milieux à la fois en mobilisant un nombre important de ressources.

Rendre disponibles aux pharmaciens des établissements, des outils informatisés permettant de mettre en place un système de surveillance de l'antibiothérapie ainsi que d'évaluation de l'utilisation des antibiotiques.

Considérant les ressources en prévention des infections

Évaluer la pertinence et la faisabilité de rendre rapidement disponible les ressources financières, afin que des infirmières en prévention des infections soient engagées pour supporter les actions à prendre de façon pressante en prévention et contrôle des infections nosocomiales, pour les lits d'hébergement et de longue durée.

Considérant l'implication des médecins et des professionnels dans le secteur de la santé au niveau des mesures de prévention et de contrôle des infections nosocomiales en milieux de soins

Voir à ce que l'enseignement sur les principes et les mesures de prévention et de contrôle de la transmission des maladies infectieuses en milieux de soins fasse l'objet d'une formation spécifique des nouveaux médecins et autres futurs professionnels dans le milieu de la santé pendant la période de formation académique.

Voir à ce que l'enseignement pratique sur les mesures de prévention et de contrôle de la transmission des maladies infectieuses en milieux de soins soit intégré dans la formation en milieux hospitaliers pour l'ensemble des étudiants du secteur de la santé.

Mener une campagne d'information et de sensibilisation nationale auprès des médecins et autres professionnels de la santé concernant l'importance d'appliquer de façon rigoureuse les mesures de prévention et de contrôle des infections nosocomiales qui les concernent, en s'associant les organismes qui les regroupent (ex. : Collège des médecins).

Considérant les tests à détection rapide

Étant donné que la démonstration de l'amélioration des rapports coûts/efficacité des programmes de prévention et contrôle des infections en milieux de soins par l'utilisation des tests rapides pour le SARM, il est recommandé :

- de mettre sur pied un programme national visant l'amélioration de la capacité des laboratoires de procéder à des test rapides pour le SARM, l'ERV (entérocoque résistant à la vancomycine, la diarrhée associée au *Clostridium difficile* (DACD) et les maladies respiratoires sévères (MRS) ;

- de considérer ces ajouts dans les calculs de performance des laboratoires pour ne pas les pénaliser financièrement compte tenu de l'impact à la hausse sur le coût unitaire.

Concernant la surveillance des éclosions

Afin d'assurer une vigie sanitaire efficace et un temps réal dans les établissements, il est important que l'INSPQ fournisse rapidement aux établissements des régions et aux DSP, un tableau des données de surveillance (nombre de cas, par période, par établissement).

Concernant les processus de communication lors de transfert de patients touchés entre les établissements

Que soit élaboré, entendu et diffusé au niveau provincial, un processus de communication inter-établissements afin de permettre son application entre tous les établissements du Québec (car les transferts se font régulièrement entre les établissements des différentes régions).

ANNEXE 1

DÉFINITION DE LA CONCERTATION

« Démarche qui comprend l'ensemble des pratiques articulées d'un groupe d'acteurs décisionnels et autonomes qui ont convenu d'harmoniser non seulement leurs orientations mais également leurs stratégies d'intervention et leurs actions concrètes au sein d'un secteur d'activités donné.

On retient que la concertation :

- s'inscrit dans une logique de l'action ;
- s'adresse à des personnes qui peuvent engager des ressources et enclencher des changements ;
- réunit des gens qui ont du pouvoir dans le secteur en question, ce critère est plus important que celui de la représentativité exhaustive des intérêts ;
- habituellement, s'exerce entre pairs, sans lien hiérarchique entre eux ;
- cherche à intégrer et synchroniser les actions respectives et vise la complémentarité, donc dépasse le cadre de l'information ;
- l'imputabilité des résultats incombe au collectif. »

DÉFINITION DE LA COORDINATION

« Fonction de gestion dont l'objet principal est l'organisation planifiée de l'exécution de différentes actions menées individuellement les unes des autres de sorte qu'elles soient cohérentes.

On retient que la coordination :

- peut s'exercer de façon concertée ;
- à un niveau stratégique, peut s'adresser à des systèmes ;
- vise la cohérence des actions ;
- implique une hiérarchisation des composantes ;
- l'imputabilité des résultats revient au responsable de la coordination. »

ANNEXE 2

RECOMMANDATIONS DE L'ÉQUIPE DE SUIVI CONCERNANT LE MAINTIEN D'ACTIF, L'AMÉLIORATION ET LE DÉVELOPPEMENT DES INSTALLATIONS

L'équipe de suivi recommande pour le CSSS de Montmagny-L'Islet :

Urgence

- Transformer une salle d'observation en salle d'isolement incluant une salle de toilette ainsi qu'un lavabo dédié au personnel à la sortie.
- Installer un lavabo à déclenchement automatique dans la salle de triage.
- Remplacer les robinets des éviers dédiés au personnel par des robinets à déclenchement automatique.

Soins intensifs

- Remplacer les robinets des éviers dédiés au personnel par des robinets à déclenchement automatique.
- Le manque d'espace ne permet pas d'améliorer les conditions actuelles. Seul un réaménagement majeur, tel que présenté dans le PFT de l'HDM, permettrait de résoudre les problèmes.

Unité de soins

- Installer des crochets à l extérieur des chambres.
- Remplacer la robinetterie dans les chambres susceptibles d'accueillir des cas d'isolement.
- Ajouter des lavabos à déclenchement automatique pour le personnel, particulièrement à proximité des zones de cohortes ou d'isolement.
- Rendre disponibles des lingettes nettoyantes désinfectantes jetables au peroxyde d'hydrogène à l'extérieur des chambres d'isolement.

L'équipe de suivi recommande pour le CH de l'HDL :

Urgence

- Accroître le nombre de lavabos avec déclenchement automatique dédiés au personnel.
- La superficie du secteur devrait être accrue afin de corriger le problème de sur-occupation et de trop grande promiscuité des civières.
- Ajout d'une salle de toilette.

Unités de soins

- Remplacer la robinetterie dans les chambres susceptibles d'accueillir des cas d'isolement.
- Ajouter des lavabos à déclenchement automatique pour le personnel, particulièrement à proximité des zones de cohortes ou d'isolement.
- Disposer des distributeurs pour dilution de peroxyde d'hydrogène dans les locaux d'entretien ménager sur chaque unité.

L'équipe de suivi recommande pour le CSSS de la région de Thetford :

Urgence

- Ajout de lavabos à déclenchement automatique dédiés au personnel.
- Installer une salle d'isolement avec une salle de toilette dédiée.

Soins intensifs

- Ajout d'une salle de toilette.
- Utilisation de chaises d'aisance et/ou de bassines pour combler l'absence de salle de toilette dédiée.
- Remplacer les robinets des éviers destinés au personnel par des robinets à déclenchement automatique.

Unité de soins

- Installer des crochets à l'extérieur des chambres.
- Remplacer la robinetterie dans les chambres susceptibles d'accueillir des cas d'isolement.
- Ajouter des lavabos à déclenchement automatique pour le personnel, particulièrement à proximité des zones de cohortes ou d'isolement.

- Rendre disponibles des lingettes nettoyantes désinfectantes jetables au peroxyde d'hydrogène à l'extérieur des chambres d'isolement.
- Placer le stérigel à l'extérieur des chambres sur l'unité de chirurgie.

L'équipe de suivi recommande pour le CSSS de Beauce :

Urgence

- Ajouter une salle d'isolement avec une salle de toilette dédiée.
- S'assurer de pouvoir localiser les cas d'isolement dans les espaces permettant le meilleur contrôle.
- La superficie du secteur devrait être accrue afin de corriger le problème de sur-occupation et de trop grande promiscuité des civières.
- Ajouter des lavabos à déclenchement automatique pour le personnel.

Soins intensifs

- Ajouter des lavabos à déclenchement automatique pour le personnel.

Unité de soins

- Ajouter des lavabos à déclenchement automatique pour le personnel, particulièrement à proximité des zones de cohortes ou d'isolement.
- Installer des crochets à l'extérieur des chambres.
- Augmenter le nombre de chambres privées pouvant servir à l'isolement.

ANNEXE 3

ÉTAT DE SITUATION CONCERNANT LA RÉALISATION DES CHAMBRES À PRESSION NÉGATIVE PRÉVUES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE COURTE DURÉE DE LA RÉGION CHAUDIÈRE-APPALACHES

CSSS de Montmagny –L'Islet :

Réalisé

- 2/2, il reste certains aménagements techniques à effectuer.

Situation

- 1 à l'urgence
- 1 à l'étage
- 0 aux soins intensifs, le manque d'espace rend impossible l'aménagement d'une salle

Centre hospitalier Hôtel-Dieu de Lévis :

Réalisé

- 7/10, il reste à terminer les plans et valider la solution mécanique pour les 3 salles à l'étage.

Situation

- 5 aux soins intensifs
- 2 à l'urgence
- 3 salles à l'étage, à réaliser

CSSS de la région de Thetford :

Réalisé

- 0/3, actuellement il y en a une temporaire aux soins intensifs. Les plans et devis sont en cours et elles devraient être terminées en 2005.

Situation

- 1 aux soins intensifs, à réaliser
- 1 sur les étages, à réaliser
- 1 à l'urgence, à réaliser

CSSS de Beauce :

Réalisé

- 2/3, il reste celle à l'urgence prévue en 2005

Situation

- 1 à l'étage
- 1 aux soins intensifs
- 1 à l'urgence, à réaliser

ANNEXE 4

LISTES DES PERSONNES RENCONTRÉES LORS DES VISITES DANS LES ETABLISSEMENTS

CSSS de Montmagny-L'Islet :

Visite 6 décembre 2004

Présences :

Boivin, France	Direction des programmes de soins
Boulanger, Diane	Infirmière clinicienne
Denis, Lise	Pharmacienne
Labrecque, Gilles	Président CMDP
Ouellet, Marie-Claude	Direction générale

Visiteurs :

Bachand, Hélène	Infirmière prévention des infections, CSSS de Beauce
Carrier, Pierre	Médecin conseil, Agence sss Chaudière-Appalaches
Cloutier, Martin	Coord. serv. technique, CSSS de Montmagny-L'Islet
Fortin, Julie	Infirmière équipe MI , Direction de santé publique
Morin, Diane	Coordonnatrice régionale MI, Direction de santé publique
Scherrer, Jean	Entretien sanitaire, CSSS de Montmagny-L'Islet
Vincent, André	Microbiologiste infectiologue, Hôtel-Dieu de Lévis

Centre hospitalier Hôtel-Dieu de Lévis :

Visite 6 décembre

Présences :

Amyot, Robert	DGA
Bégin, Claire	Infirmière prévention des infections
Boutin, Réjean	Direction des ressources humaines
Grenier, Lucie	Direction des soins infirmiers
Labbé, Caroline	Présidente CMDP
Lancup, Diana	Entretien sanitaire, HDL
Lancup, Diana	Services techniques et entretien ménager
Larouche, Marie	Pharmacienne
Lavoie, André	Direction des soins hospitaliers
Lemieux, Richard	Direction des services professionnels
LeRouzes, Sylvie	DRFI
Marceau, Fabienne	Présidente comité médical
Moysan, Hervé	Direction générale
Prévost, André	DSCP
Rousseau, Dominique	Chef intérim, pharmacie

Visiteurs :

Bachand, Hélène	Infirmière prévention des infections, CSSS de Beauce
Carrier, Pierre	Médecin conseil, Agence sss Chaudière-Appalaches
Cloutier, Martin	Coord. serv. technique, CSSS de Montmagny-L'Islet
Fortin, Julie	Infirmière équipe MI , Direction de santé publique
Morin, Diane	Coordonnatrice régionale MI, Direction de santé publique
Scherrer, Jean	Entretien sanitaire, CSSS de Montmagny-L'Islet
Vincent, André	Microbiologiste infectiologue, Hôtel-Dieu de Lévis

CSSS de la région de Thetford :

Visite 7 décembre

Présences :

Arata, Martin	DSPH
Aubin, Marcel	Adjoint D.G.
Baker, Normand	D.G.
Caron, Josée	Présidente du CMDP
Fournier, Marcel	Comité santé sécurité au travail
Gagné, Gaétane	Inhalothérapeute
Gosselin, Renaud	Comité prévention des infections
Laviolette, François	Directions serv. tech, et système informatique
Leroux, André	DSI
Lessard, Jacques	Responsable entretien sanitaire
Paré, Lucie	Resp. infirmière prévention des infections
Pomerleau, France	Pharmacienne
Rémillard, Gilles	DRHF
Royer Tanguay, Johanne	Présidente conseil infirmiers et infirmières
Sylvain, Micheline	ADSPH
Vachon, Josée	Prévention des infections

Visiteurs :

Bachand, Hélène	Infirmière prévention des infections, CSSS de Beauce
Carrier, Pierre	Médecin conseil, Agence sss Chaudière-Appalaches
Cloutier, Martin	Coord. serv. technique, CSSS de Montmagny-L'Islet
Fortin, Julie	Infirmière équipe MI , Direction de santé publique
Morin, Diane	Coordonnatrice régionale MI, Direction de santé publique
Scherrer, Jean	Entretien sanitaire, CSSS de Montmagny-L'Islet
Vincent, André	Microbiologiste infectiologue, Hôtel-Dieu de Lévis

CSSS de Beauce :

Visite 7 décembre

Présences :

Bernard, Michel	DGA
Caron, Nicole	Coordonnatrice. clientèle clinique
Francoeur, Hélène	Prés. CMDP
Gagnon, Jean-Denis	Coordonnateur services techniques
Gormley, Steve	Coordonnateur programme diagnostic
Labbé, Nancy	Exécutif CM
Morency, Richard	Pharmacien chef
Rodrigue, Pauline	Conseillère clinique, DSCSI

Visiteurs :

Bachand, Hélène	Infirmière prévention des infections, CSSS de Beauce
Carrier, Pierre	Médecin conseil, Agence sss Chaudière-Appalaches
Cloutier, Martin	Coord. serv. technique, CSSS de Montmagny-L'Islet
Fortin, Julie	Infirmière équipe MI , Direction de santé publique
Morin, Diane	Coordonnatrice régionale MI, Direction de santé publique
Scherrer, Jean	Entretien sanitaire, CSSS de Montmagny-L'Islet
Vincent, André	Microbiologiste infectiologue, Hôtel-Dieu de Lévis